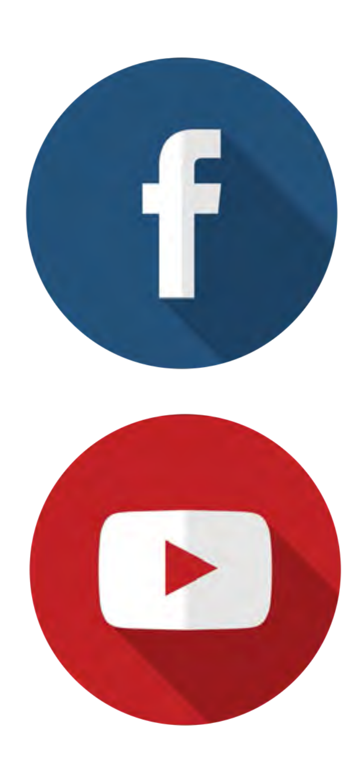
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







CAT devant une anurie calculeuse :

I. Définition :

- **Arrêt** total ou presque de la **diurèse** (volume < 200 ml /24h), dû à une obstruction située à un niveau quelconque de la VE, orifices urétéraux compris.
- L'obstacle doit être bilatérale ou survenir sur un rein unique (anatomiquement ou fonctionnellement).
- Urgence médico-chirurgicale : risque d'IRA, mettant en jeu le pronostic vital à court terme.

II. Physiopathologie :

❖ 3 types d'anurie :

1) Anurie fonctionnelle « PRE-RENALE » (25%) :

- Origine vasculaire.
- Désordre circulatoire aigue à l'origine d'hypo perfusion rénale :
  - déshydration extracellulaire
  - État de choc (hémorragique, cardiogénique, infectieux).

2) Anurie organique (parenchymateuse) (65%) :

- Résultat d'une néphropathie aigue :
  - Nécrose tubulaire aigue ischémique ou toxique
  - Néphropathies interstitielles
  - Néphropathies glomérulaires ou vasculaires aigues.

3) Anurie obstructive « post rénale » (10 %) :

- Obstacle extrinsèque ou intrinsèque
- Bilatérale ou sur rein unique (anatomique ou fonctionnel)
- Obstacle de la VES → arrêt de la diurèse → augmentation de la pression en amont de l'obstacle → Blocage de la filtration glomérulaire.

❖ Conséquences :

- Modification des mécanismes de dilution et de concentration des urines
- Augmentation de l'urée, créatinémie
- Rétention hydrosodé, azoté, phosphoré
- Hyperkaliémie
- Acidose métabolique : par perte des bicarbonates.

III. Diagnostic positif :

A. Circonstances de découverte :

- **Absence de miction depuis plusieurs heures** : avec vessie vide (pas de globe Vésical) à l'examen clinique et au sondage.

- **Signes d'IRA** : nausées, vomissements, diarrhées, céphalées, OMI, OAP (orthopnée, râles crépitant)
- Parfois, **symptômes liés à la cause** : notion de lombalgie + colique nephretique.

B. Interrogatoire :

- Age
- Heure de la dernière miction
- ATCDS : lithiasiques, tumeurs génito-urinaires, chirurgie AP
- Mode d'installation de l'anurie : brutale ou progressif
- Signes accompagnant ou précédant l'anurie : troubles mictionnels, CN, hématurie.

C. Examen clinique :

- Etat général du malade : TA, T°, pouls
- Absence de globe vésical : vessie vide au sondage et à l'échographie
- Palpation des fosses lombaires : signe de GIORDANO ++
- Apprécier l'état d'hydratation du patient : DSH ++ anurie pré rénale
- Touchers pelviens : à la recherche d'un blindage.
- Rechercher les signes de gravites de l'IRA :
  - Signes de surcharge (OAP, OMI)
  - Troubles du rythme cardiaque (hyperkaliémie) : ECG++

Signe de Giordano :

- Consiste à effectuer une percussion des fosses lombaires.
- Cette manœuvre se réalise dans le dos d'un sujet assis, penché en avant.
- On place la paume de la main gauche au niveau de chaque angle costo-vertébral tour à tour et on frappe cette main gauche avec le bord cubital du poing droit.
- Normalement, le sujet ressent un impact mais pas de douleur.
- Lorsque la palpation lombaire retrouve un **empâtement douloureux** et que la percussion lombaire déclenche une **douleur exquise** (signe de Giordano POSTIF) la **suspicion de PNA est forte**.

D. Bilan biologique :

- Ionogramme : kaliémie + natrémie (sans garrot) afin d'apprécier la gravité de l'IRA et poser l'indication d'EER (épuration extrarénale).
- Augmentation de la créatinémie, urée.
- Réserves alcalines + gaz du sang : acidose métabolique.
- Faire un ECBU, hémoculture si hyperthermie
- Bilan préopératoire
- Faire ECG si hyperkaliémie
- TLT si suspicion d'OAP.

E. Bilan étiologique :

- **ASP** « éléments d'orientation dg » : face, profil, ¾ → **calculs radio-opaques.**
- **Echographie rénale :**

- Dilatation des CPC bilatérale ou unilatérale sur rein unique + vessie vide= **pathognomonique d'obstruction du HAU**.
- Analyse la taille des deux reins et l'épaisseur du parenchyme rénal.
- Recherche des **signes évocateurs de calcul** : image hyper échogène +cône d'ombre post.
- **Intérêt thérapeutique** : guider la ponction percutanée des cavités rénales.

- **TDM hélicoïdale (sans injection de PDC) :**
  - En urgence si ASP+ écho **n'est pas suffisant**
  - Met en évidence une dilatation des VE
  - Précise la **nature de l'obstacle** (calcul ++++++)
  - Précise le siège de l'obstruction.
- **Autres explorations « au bloc opératoire lors du drainage chirurgical » :**
  - UPR
  - Pyélographie antégrade.

IV. Conduite thérapeutique :

A. Correction des troubles métaboliques :

- Correction des troubles hydro électrolytiques.
- ATB thérapie systématique : (double à large diffusion urinaire).
- Parfois EER (épuration extrarénale).

Indications de l'EER :

- Surcharge hydro sodée : OAP, œdème cérébral
- Hyperkaliémie ≥ 7,5 meq/l ou signes à l'ECG
- Urée > 40 mmol/l
- Creat > 1000 umol/l
- Acidose avec PH < 7,2
- Syndrome urémique : vomissements, signes neurologiques.

B. Drainage en urgence du haut appareil urinaire :

- Réalisé d'emblée ou après EER si troubles métaboliques graves
- Drainage par les **voies naturelles** dans la mesure du possible :
  - ➢ **Par voie rétrograde** : sonde urétérale simple, sonde double J.

R ! : La sonde peut avoir un effet thérapeutique : fleucher le calcul dans le rein.

- ➢ **Par néphrotomie percutanée :**
  - Si **échec de drainage retrograde**
  - De principe : anesthésie locale + pas de nécessite de franchir le calcul
  - Ponction par voie percutané sous contrôle écho des cavités rénales
  - Dilatation du trajet crée (dilatateurs spécifiques)
  - Mise en place d'une sonde mono J (pigtail) à travers le trajet ainsi crée
  - Réalisation d'une pyelographie descendante.
- Prévention du syndrome de levée d'obstacle.

C. Traitement étiologique.